



Craniomandibuläre Dysfunktion – Funktionsfragebogen Kauorgan

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine bessere Beurteilung Ihrer Beschwerden und der Beurteilung des Behandlungsverlaufes wurde der nachfolgende Fragebogen entwickelt. Vergeben Sie eine „Schulnote“ für Ihre Beschwerden und Einschränkungen. Wählen Sie zwischen den Noten „1“ und „10“.

„1“ steht dabei für keinerlei Einschränkungen, „10“ steht für unerträgliche Beschwerden. Bitte helfen Sie uns und füllen diesen Fragebogen gewissenhaft aus.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Datum: _____

Patientendaten: _____

Wegen meiner Beschwerden habe ich Schwierigkeiten...

- ... den Unterkiefer zu bewegen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... wie gewohnt zu sprechen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... beim Abbeißen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... mir über die Lippen zu lecken _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... feste Nahrung zu mir zu nehmen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... beim Kauen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... das Essen in gewohnt großen Bissen zu mir zu nehmen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... wenn ich den Mund weit öffnen will _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... beim Gähnen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... beim Lachen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... den Mund wie gewohnt richtig auszuspülen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- ... beim Schlafen _____ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10